Zał. nr 4 do Regulaminu praktyk zawodowych PCz

(ZARZĄDZENIE Nr 531/2024 Rektora PCz)

 Częstochowa, dn. [wstaw datę]

Imię i nazwisko:

(studenta/studentki)

Nr albumu:

Nazwa wydziału: [wybierz element]

Forma i stopień studiów: [wybierz element]

Profil: [wybierz element]

Kierunek:

Rok akademicki: [wybierz element]

Semestr: [wybierz element]

Nr telefonu:

**Kierownik dydaktyczny**

Wydziału ………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

**Politechniki Częstochowskiej**

**Podanie o zmianę terminu praktyki**

Zwracam się z prośbą o zmianę terminu odbycia praktyki zawodowej.

Termin wyznaczony przez wydział: ....................................................................................

Termin proponowany przeze mnie: ....................................................................................

Prośbę swoją motywuję: .....................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………

(czytelny podpis studenta/studentki)

Opinia pełnomocnika dziekana ds. praktyk/opiekuna praktyki:

………………………………………………………………………………………………..........

……………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………...

……………………………………...............................................

(podpis pełnomocnika dziekana ds. praktyk/opiekuna praktyki

Decyzja kierownika dydaktycznego:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody[[1]](#footnote-1)

…………………………………………..

(podpis kierownika dydaktycznego)

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)